

自立支援医療費(育成・更正)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1											
障がい者・児	フリガナ							生 年 月 日			
	受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	年 月 日			
	フリガナ							電話番号			
	受診者住所										
個人番号											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係			
	保護者氏名										
	フリガナ							電話番号 ※2			
	保護者住所 ※2										
保護者個人番号											
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名					
	受診者と同一保険の加入者										
	受給者と同一保険の加入者個人番号										
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続 ※4	該当・非該当			
身体障害者手帳番号					精神障害者保健福祉手帳番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医 療 機 関 名					所 在 地 ・ 電 話 番 号					
受給者番号 ※5											
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請書に添付する書類で、私の収入及び世帯の課税状況について確認できない場合は、関係機関に調査されることに同意します。また、自立支援医療受給者証の交付の際は、指定医療機関の必要に応じ、その写しを指定医療機関に送付されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 ⑥ ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福井市長 あて</p>											

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 該当すると思う区分に○をする。
- ※4 該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					